

FORMULARZ OFERTY

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza, uzasadniona stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko lub pełna nazwa zakładu

Dokładny adres

Kod tel. fax

Adres mailowy õ

NIP õ

REGON õ

Nazwa banku õ õ

Numer konta

Czy jednostka jest podatnikiem VAT

Numer konta do przekazania zaliczki za miesiąc grudzień 2013 roku õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..

õ ..

1. Osoba/osoby upoważnione do podpisania umowy.

Nazwisko i imię õ ..

2. Osoba upoważniona przez kierownika zakładu do reprezentacji oferenta.

Nazwisko i imię õ ..

3. Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji/rozliczenia usług zdrowotnych.

Nazwisko i imię õ ..

Bezpłatny numer telefonu õ ..

4. Proponujemy następujący termin obowiązywania umowy 2013 rok.

II. Plan rzeczowo-finansowy.

1. Cena poszczególnych rodzajów zabiegów:

- fizykoterapia (za jeden zabieg) õ õ zÿ
- hydroterapia (za jeden zabieg)zÿ
- kinezyterapia (za jeden zabieg) zÿ
- masaż czyny/każdej części anatomicznej (za jeden zabieg) ... zÿ
- inhalacje (za jeden zabieg) zÿ

2. Badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych Å Å Å zÿ

3. Badanie lekarza rehabilitanta Å Å Å zÿ

4. Łączna kwota oferty na 2013 rok zÿ



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

mieszce , w których b d realizowane usługi

IV. Wykaz aparatury i sprz tu medycznego wykorzystywanego do realizacji usług medycznych w zakresie medycyny pracy Ę rehabilitacja zawodowa.

õ
õ
õ
õ
õ
õ
õ õ

V. Wykaz imienny i kwalifikacje zawodowe personelu medycznego.

Wykaz imienny lekarzy medycyny pracy uprawnionych do przeprowadzania bada profilaktycznych, lekarzy rehabilitantów oraz rehabilitantów udzielaj cych zabiegi rehabilitacyjne.

õ
õ
õ
õ
õ
õ
õ õ

VI. Dost pno do usług medycznych.

Poda dokjädny adres udzielania usjög i numer telefonu, umo liwiaj cy kontakt pacjenta z placówk .

õ
õ õ

Poda dni tygodnia i godziny realizacji wiadczze z zakresu medycyny pracy: rehabilitacja zawodowa

õ
õ õ

VII. O wiadczenie o wpisach do rejestrów (wĩa ciwe prosz zaznaczy)¹:

- O wiadczam, e jako Oferent jestem:
 - podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonuj cych dziajalno lecznicz ,
 - prowadzonego przez õ ,
 - pod numerem .õ ,

¹ W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o dziajalno ci leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami).



PDF Complete
 Your complimentary use period has ended.
 Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

do rejestru podmiotów wykonuj cych działalno

õ ,
) õ õ õ õ õ õ õ õ ,

2. O wiadcza, e jako Oferent jestem wpisany do:
 Krajowego Rejestru S dowego
 pod numerem õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .õ õ ..
 nie dotyczy

3. O wiadcza, e jako Oferent jestem wpisany do:
 Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalno ci Gospodarczej
 nie dotyczy
 Dodatkowe informacje, tj: **imi i nazwisko, nr PESEL, adres zamieszkania, NIP, REGON** (dotyczy osób fizycznych prowadz cych działalno gospodarcz ; wspólników spółek cywilnych) . prosz wymieni .
 3.1. õ ..
 3.2. õ ..
 3.3. õ .

Jednocze nie oferent o wiadcza, e:

1. Zapoznaÿ si z tre ci ogÿszonego konkursu ofert na realizacj usÿug medycznych w zakresie wykonywania wiadcze zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza, uzasadniona stwierdzon patologii zawodow dla pacjentów z terenu województwa ÿdzkiego.
2. Zabezpieczyÿ peÿen zakres usÿug medycznych wykonywanych w poszczególnych badaniach specjalistycznych.
3. Wszystkie informacje podane w Formularzu oferty oraz w zaÿ cznikach do oferty s zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
 rok, miesi c, dzie

õ
 Podpis i piecz tka osoby/osób upowa nionej/-ych do reprezentacji oferenta i skÿadania o wiadcze woli

Å .Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å
(miejscowo , dzie , miesi c, rok)

**Zaû cznik Nr 1
do Formularza oferty**

Wykaz zabiegów rehabilitacyjnych w 2013 roku

Rodzaj zabiegu	Cena jednostkowa zabiegu
<u>Fizykoterapia</u>	ka dy zabieg Å .,00 zû
na wietlanie diaterm	tak / nie*
na wietlanie lamp solux	tak / nie*
- bez filtra	tak / nie*
- z filtrem niebieskim	tak / nie*
- z filtrem czerwonym	tak / nie*
na wietlanie lamp ultrafioletow	tak / nie*
na wietlanie lamp z podczerwieni	tak / nie*
elektroterapia przy u yciu pr du stałego	tak / nie*
elektroterapia przy u yciu pr dów impulsowych /diadynamic/ elektrostymulacja	tak / nie*
elektroterapia z u yciem leku /jonoforwza/	tak / nie*
zabiegi z u yciem pr dówinterferencyjnych /S-300/	tak / nie*
zabiegi z u yciem terapsu	tak / nie*
zjõ ona terapia polem elektromagnetycznym /SW-500/	tak / nie*
terapia ultrad wi kowa	tak / nie*
terapia ultrad wi kowa z u yciem leku /fonoforeza/	tak / nie*
zabiegi z u yciem pola magnetycznego	tak / nie*
laseroterapia	tak / nie*
krioterapia	tak / nie*
parafino terapia	tak / nie*
<u>Hydroterapia</u>	ka dy zabieg Å .,00 zû
masa wirowy	tak / nie*
- ko czyn górnych	tak / nie*
- ko czyn dolnych	tak / nie*
masa podwodny	tak / nie*
natrysk biczowy	tak / nie*
- ciepõ	tak / nie*
- naprzemienny tzw. szkocki	tak / nie*
<u>Kinezyterapia</u>	ka dy zabieg Å .,00 zû
kinezyterapia - indywidualna praca z pacjentem	tak / nie*
kinezoterapia na przyrz dach	tak / nie*
- na atlasie	tak / nie*
- na rotorze	tak / nie*
- wyci gi/p tla Gilsona, wyci g krzeselkowy/ wiczenia zespojõwe	tak / nie*
- dla osób z dyskopati	tak / nie*
- wzmacniaj ce mi nie	tak / nie*
- dla osób z otyõ ci	tak / nie*
- wiczenia relaksacyjne	tak / nie*
Masa r czyn/ka dej cz ci anatomicznej	Å .,00 zû
Inhalacje	Å .,00 zû
Badanie lekarza uprawnionego do bada profilaktycznych wraz z konieczn diagnostyk	Å ..,00 zû
Badania lekarza rehabilitanta	Å .,00 zû
û CZNA KWOTA OFERTY na 2013 r.	Å ..,00 zû

*/ zaznaczy wõ ciwe okre lenie



PDF Complete
 Your complimentary use period has ended.
 Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ...õ õ õ
 Podpis i pieczętką osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania o wiadcze woli

Å Å Å Å Å Å Å
 (Pieczęć oferenta)

Å .Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å
 (miejscowość, dzień, miesiąc, rok)

Załącznik Nr 2
do Formularza oferty

Proszę załączyć :

Kserokopie aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, będzie zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis: "Potwierdzono za zgodność z oryginałem, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki."

UWAGA: Oferty nie odpowiadające warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE

.....
 rok, miesiąc, dzień

õ
 Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania o wiadcze woli



.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość, dzień, miesiąc, rok)

Załącznik Nr 3
do Formularza oferty

Proszę załączyć:

Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy, wymienionych w pkt V formularza (potwierdzone przez organ prowadzący rejestr lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy rehabilitantów i rehabilitantów udzielających zabiegów rehabilitacyjnych) potwierdzone przez zakład, który przystąpi do konkursu ofert.

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis: „Potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki.

UWAGA: Oferty nie odpowiadające warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE

.....
rok, miesiąc, dzień

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania o wiadczenie woli



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość, dzień, miesiąc, rok)

Załącznik Nr 4
do Formularza oferty

Proszę załączyć:

Kserokopie aktualnego odpisu Rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Krajowy Rejestr Sądowy).

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis: „Potwierdzono za zgodność z oryginałem, data oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki.”

UWAGA: Oferty nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE

.....
rok, miesiąc, dzień

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania o wiadczenie woli